

# Accord de la patiente

## Analyse non remboursée (DPNI)

Dépistage des trisomies 21, 18, 13 par ADN libre circulant

### COORDONNEES DE LA PATIENTE :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. : .....

Cher Confrère,

Vous avez prescrit un dépistage des trisomies 21, 18, 13 par ADN libre circulant (DPNI) (Non Remboursé) pour **votre patiente** :

Mme ..... née le .....

Selon la nomenclature des actes de biologie médicale, cette analyse est prise en charge **uniquement** si l'indication est :

1. Risque des MSM > 1/1000
2. Grossesse gémellaire
3. Antécédent de grossesse avec trisomie 21
4. Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21.

Merci de joindre au **bon de demande** accompagnant le prélèvement, ce **document complété par vos soins et signé** par la patiente, et nous l'adresser soit :

- Par fax : **04 72 80 25 79**
- Par mail : **secretariat.genetique@biomnis.eurofinseu.com**
- Par courrier : **Secrétariat Génétique**  
**Eurofins Biomnis**  
**BP 7322**  
**69357 LYON cedex 07**

La patiente accepte de régler cette analyse : **398 €**

**Date** : .....

Signature de la patiente